

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

桑名市不育症治療費助成事業受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る医療費（保険適用外の診療分）を次のとおり徴収したことを証明します。

【医療機関記入欄】

(ふりがな) 受診者氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
不育症治療を 必要とした理由			
治療又は 検査の内容 (保険適用外の 診療分)			
治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
領収金額	上記の治療期間における治療または検査にかかった費用の合計額 (<u>保険適用外</u> の診療分の本人負担額に限る) 領収金額 _____ 円 ※ 入院時の差額ベット代、食事代、文書料等に係る費用を除く。		